

支給額		円
支給内訳	出産手当金	円
		円
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
標準報酬月額	円(第 級)	

受付年月日	年 月 日	
伺年月日	年 月 日	
決裁年月日	年 月 日	
支給支払決議書		
常務理事	事務長	担当者
資格取得	年 月 日	
資格喪失	年 月 日	
前回	始	年 月 日
	終	年 月 日
支払年月日	年 月 日	
不支給理由		

### 出産手当金請求書

(第 ○ 回目)

J-オイルミルズ健康保険組合理事長 殿		住所 ○○県○○市○○町 123		XX年 XX月 XX日		
被保険者 氏名 健康 太郎		○ 級		健康		
下記のとおり請求します。						
被保険者証の 記号・番号	123-1000	事業所 の名称	○○支店	標準報酬 等級月額	○○○,○○○ 円 第 ○ 級	
出産前 の出産後	出産前	出産前に請求するときは出産予定年月日 出産後に請求するときは出産予定年月日 と出産のあった年月日	出産予定日	XX年 XX月 XX日	出産日	XX年 XX月 XX日
出産のため 休んだ期間	XX年 XX月 XX日から XX年 XX月 XX日まで	○○ 日間				
うえの期間の報酬(賃金)の全部ま たは一部を受けたときまたは受け られるときはその報酬額および期 間	XX年 XX月 XX日から XX年 XX月 XX日まで	○○ 日分	○○○,○○○ 円			
振込希望の銀行	○○ 銀行	×× 支店(普通 当座	1234567			

医師または助産師の意見	出産年月日	年 月 日	出産 単胎	単胎
	出産予定年月日	年 月 日	出産予定 多胎	( 児)
	正常出産または 異常出産の別	正常・異常	生産または 死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)
	うえのとおり相違ありません。 年 月 日 (職名 ) 住所 氏名 印			

事業主証明	労務に服さな かった期間		年	月	日から	日間				
	うえの期 間中の分 として支 払う報酬 関係	全額支給 の場合	年	月	日から	の分	金	円	日金	額
		一部支給 の場合	年	月	日から	の分	金	円	日金	額
		支給しない 場合								
うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 住所 事業主 氏名 印										

委任状	私は 年 月 日請求した出産手当金・出産手当付加金のうち 金 円也の受領に関すること。 年 月 日									
	住所 被保険者の 氏名 印 住所 代理人の 氏名 印									
振込希望の銀行		銀行 支店 ( 普通当座 )								